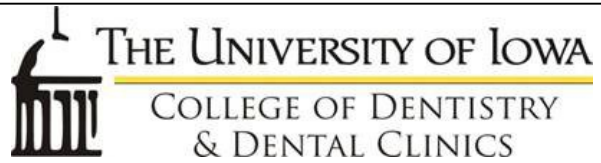


Consentimiento para comunicar Información de Salud Protegida por correo electrónico



Yo explícitamente doy mi permiso al Colegio de Odontología y Clínicas Dentales (COCD) para que comuniquen mi Información Protegida de Salud por correo electrónico a la dirección indicada en el formulario de registro del paciente, historia clínica, o de esta forma. Este permiso también aplica a cualquier correo electrónico que el COCD envía a mí médico/dentista que me ha referido, si es necesario.

LOS RIESGOS DE CORREO ELECTRÓNICO Y SU RESPONSABILIDAD

Si permite que el COCD utilice su correo electrónico para comunicarse con usted, debe estar al tanto de los siguientes riesgos y sus responsabilidades:

- Como el internet no es seguro ni privado, personas no autorizadas pueden interceptar, leer, o posiblemente modificar el correo electrónico que usted envía o que recibe del COCD.
- Tiene que proteger su cuenta de correo electrónico, contraseña y la computadora contra el acceso de personas no autorizadas.
- Puesto que los correos electrónicos pueden ser copiados, impresos, y reenviados por personas que reciben sus correos electrónicos, usted debe tener cuidado respecto a quién le envía mensajes de correo electrónico.

CONDICIONES PARA EL USO DE MENSAJES DE CORREO ELECTRÓNICO

Al aceptar el uso de mensajes de correo electrónico con el COCD, usted acepta que:

- El COCD puede reenviar mensajes de correos electrónicos como es apropiado para diagnosticar, dar tratamientos, reembolsar, y otras razones relacionados. Los empleados del COCD, facultad y agentes, aparte del recipiente, pueden tener acceso a los correos electrónicos que envíe. Tal acceso solo estaría disponible a personas que tienen el derecho de tener acceso a los correos electrónicos que envíe para proveer servicios a usted.
- El COCD no reenviará sus mensajes de correos electrónicos sin su consentimiento en escrito, salvo cuando es autorizado o necesario por ley.
- No debe usar el correo electrónico para comunicarse con el COCD si hay una emergencia o cuando necesite una respuesta en corto tiempo.
- Si su mensaje de correo electrónico requiere o pide una respuesta, y no ha recibido una respuesta dentro de un periodo de tiempo razonable, es su responsabilidad de pedirla de nuevo.
- Usted debe considerar cuidadosamente el uso del correo electrónico para la comunicación de información de medicina sensible, tal como, pero no limitado a, información relacionado con enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, discapacidad del desarrollo, o el abuso de sustancias.
- El COCD reserva el derecho de guardar sus mensajes de correo electrónico e incluir su dirección de correo electrónico o información contenida en el mensaje para su registro dental.

INSTRUCCIONES

- Usted debe informar inmediatamente a la COD si cambia su dirección de correo electrónico.
- Usted debe poner el nombre del paciente y fecha de nacimiento (utilizado para verificar su identidad) en el cuerpo del correo electrónico.
- Si desea revocar su consentimiento para comunicarse por correo electrónico, tiene que enviar un correo electrónico al COCD que dice así.

ACEPTACIÓN Y ACUERDO

El COCD usará medios razonables para proteger la privacidad de la información médica del paciente. Sin embargo, debido a los riesgos ya mencionados, el COCD no puede garantizar que el correo electrónico será confidencial. Adicionalmente, el COCD no tendrá la culpa en el evento que usted o alguien más use su correo de una manera inapropiada. El COCD no será responsable por la divulgación indebida de información sobre su salud que no es causada por la mala conducta intencional del COCD.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones de correo electrónico entre el COCD y yo, y el consentimiento a las condiciones que se establecen en este documento, así como cualquier otra instrucción que el COCD puede imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico. Cualquier pregunta que he tenido ha sido contestada. Entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo revoque el consentimiento como se indicó anteriormente, excepto en la medida en que una persona va a hacer una comunicación ya ha actuado basándose en esta autorización.

Nombre de Paciente

Firma de paciente o de padre/tutor legal

Fecha

Relación al paciente